Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

MAR 29 1921

Beitrag zur Lehre

von den

postoperativen Psychosen.

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät der
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Franz von Fischer-Benzon
aus Bordesholm.

Druck von H. H. Nölke G. m. b. H., Bordesholm.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0145

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Beitrag zur Lehre

von den

postoperativen Psychosen.

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät der
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Franz von Fischer-Benzon
aus Bordesholm.

Druck von H. H. Nölke G. m. b. H., Bordesholm.

Nr. 26.
Rektoratsjahr 1919/20.
Ref.: Siemerling.

Zum Druck genehmigt:
Heine, z. Z. Dekan.

Meinen Eltern in Dankbarkeit
gewidmet!

Wenn in dem Titel der Arbeit von postoperativen Psychosen gesprochen wird, so könnte man daraus entnehmen, daß diese nach Operationen entstehenden Geistesstörungen zum mindesten eine Gruppe von Psychosen darstellen, die sich von etwa nach Infektionskrankheiten oder Vergiftungen einstellenden geistigen Erkrankungen wesentlich unterscheiden. Das ist jedoch im allgemeinen durchaus nicht der Fall. Sie weisen im Gegenteil zahlreiche Aehnlichkeiten in ihrem Verlaufe mit diesen auf. Das ist auch erklärlich, denn selbst wenn man den Begriff »postoperative Psychose« ganz eng faßt und darunter nur die Psychosen versteht, die nach einer ohne jede Infektion verlaufenenen Operation entstehen, und andere Fälle eben als Infektionspsychosen bezeichnet, so bleibt neben der durch die Operation gesetzten Schädigung stets noch die durch die Narkose oder örtliche Betäubung bedingte verschiedenartige Giftwirkung. Mithin ist es unmöglich, von einer nur durch die Operation entstandenen Psychose zu sprechen.

Es kommen eben hier, ebenso wie bei anderen Psychosen, mehrere Ursachen in Betracht. Demnach ist es ebenso ungenau hinsichtlich der Ursache von postoperativen Psychosen zu sprechen wie von Infektionspsychosen, die in vielen Fällen ebensosehr durch Erschöpfung, wie durch Infektion entstehen. Es soll durch den Namen postoperative Psychose zum Ausdruck gebracht werden, daß die Psychosen im Anschluß an Operationen auftreten, wobei nicht gesagt sein soll, daß bei ihrer Entstehung ausschließlich die Operation als Ursache in Frage kommt.

Inwieweit neben der durch die Operation gesetzten Schädigung andere Ursachen als Grund für die Entstehung in Frage kommen, darüber herrscht noch keine Klarheit. Uebereinstimmung herrscht eigentlich nur über den Punkt, daß wohl stets mehrere Ursachen in Frage kommen.

Betrachten wir zunächst die durch die Operation und ihre Begleitumstände bedingte Schädigung, die man als Ursache für den Ausbruch der Psychose angeben könnte. Zunächst die Narkose resp. die örtliche Betäubung. Gewiß mag manchmal

die durch sie gesetzte Giftwirkung nicht ganz gleichgültig sein. Erheblichen Anteil an der Entstehung der postoperativen Psychosen kann sie nicht besitzen. Dafür spricht schon die im Gegensatz zu der ungeheuren Zahl von Narkosen und örtlichen Betäubungen geringe Zahl von postoperativen Psychosen. Aehnlich steht es mit dem durch die Operation bedingten Eiweißzerfall. Wäre er von ernster Bedeutung für den Ausbruch von Psychosen, so müßten wir bei den zahlreichen schweren Verletzungen — wie zum Beispiel im Verlauf des Krieges — häufiger auf Psychosen stoßen.

Als drittes durch die Operation bedingtes Moment könnte man den Schock anführen. Durch Narkose und örtliche Betäubung ist er jedoch so gemildert, daß auch ihm keine große Bedeutung zukommt.

Die Größe der Operation ist nicht immer ausschlaggebend, wenn auch im allgemeinen Psychosen nur nach eingreifenden Operationen beobachtet wurden. So beschreiben Hautsch und Brauns je eine nach Abortausräumung entstandene Psychose.

Daß auch der Blutverlust nicht maßgebend sein kann, zeigen allein drei beschriebene Fälle von postoperativen Psychosen nach Appendektomien, einer Operation, die bei heutiger Operationstechnik mit einem ganz geringen Blutverlust verbunden zu sein pflegt. Dagegen sprechen auch die postoperativen Psychosen nach Kataraktoperationen, wo ein Blutverlust überhaupt nicht in Frage kommt.

Die Unrichtigkeit der Annahme Piqués, daß die Infektion unbedingt zum Bilde einer postoperativen Psychose gehört, zeigen die ohne jedes Fieber verlaufenen Fälle. So beschreibt Kleist in 10 von ihm zusammengestellten Fällen nicht weniger als 5, die ohne jede Temperatur verliefen. Auch die von Brauns, David und Hautsch beschriebenen Fälle verliefen ohne Infektion. So ist auch Siemerling der Meinung, daß »Fieber und Intensität der Psychosen keineswegs Hand in Hand gehen«. Bei den von Bonnhöffer beschriebenen Fällen ist allerdings Fieber vorhanden gewesen. Desgleichen bei den von ihm erwähnten Fällen von Pfannenstiel. Letzterer behauptet, sogar mit der Abnahme des Wochenbettfiebers eine Abnahme der Amentia festgestellt zu haben. Die oben angeführte Zahl von 8 fieberlos verlaufenen Fälle zeigt jedoch die Unrichtigkeit dieser Annahme.

Ein Moment, dem fast alle große Bedeutung beimessen, ist die Erschöpfung, mag sie seelischer, mag sie körperlicher Natur sein. Einige Autoren legen ihr so großen Wert bei, daß die Operation an sich eigentlich nur als auslösendes Moment in Frage kommt, und nach ihnen die postoperativen Psychosen besser als Erschöpfungspsychosen bezeichnet würden. Bei einer großen Zahl der bekannten Fälle handelt es sich allerdings um in ihrer Ernährung stark zurückgekommene Patienten, so befanden sich in der von mir angegebenen Literatur nicht weniger als 10 Kranke, die in ihrer Ernährung z. T. sehr reduziert waren.

Der Begriff Erschöpfung greift jedoch wesentlich weiter, umfaßt er doch neben der negativen Seite der mangelnden Aufbaustoffe auch eine positive der durch Eiweißzerfall, maligne Geschwülste usw. hervorgerufenen Giftstoffe. Diese negative Seite der Erschöpfung hält Kleist mit Recht für die wichtigere, indem er darauf hinweist, daß in seinen Fällen durchweg die Nahrungsaufnahmen post operationem gut war, der Ernährungszustand also mit dem Augenblick der Operation seinen tiefsten Punkt bereits erreicht hatte. Allerdings könnte man einwenden, daß mit der Operation meistens auch die die Giftwirkung hervorrufende Schädigung beseitigt wird, so bei der Entfernung maligner Geschwülste, Eröffnung der perityphlitischen Abszesse usw. Zu bedenken ist jedoch einmal, daß die Giftherde nicht immer gleich vollständig entfernt werden können und zum anderen, daß durch die Operation an sich bis zur Heilung der Wunde ein dauernder Eiweißzerfall stattfindet, der für den Körper jedenfalls nicht gleichgültig ist, wenn ihm auch, wie oben angedeutet, eine große Rolle bei der Entstehung der Psychosen nicht zugebilligt werden kann.

Psychische Einwirkung im Sinne der Erschöpfung hält Meyer für wichtig, und es ist einleuchtend, daß langanhaltende, durch Kummer oder Sorge hervorgerufene Depressionen den Boden für eine Psychose gut vorzubereiten mögen.

Wenn Mathaei auf die präoperative Angst großes Gewicht legt, so kann ich dem nicht zustimmen, ebensowenig wie ich die psychogene Reaktion der Operation als triftigen Grund anzusehen vermag, da für eine solche, worauf Kleist hinweist, die Psychosen meistens zu spät nach der Operation entstehen. Beides sind Momente, die vielleicht auf von Natur aus prä-

disponierte Individuen von Bedeutung sein können und als geringfügige Nebenursachen vielleicht auf die Entstehung von postoperativen Psychosen etwas Einfluß haben.

Im Vorhergehenden streifte ich einen Punkt, den ich für die Entstehung von Psychosen für wichtig halte, die Prädisposition. Einige Autoren gehen soweit, zu behaupten, »ohne Prädisposition kein postoperatives Irresein«. Aehnliches drückt Meyer in seiner »Entstehung der Geisteskransheiten« aus, wenn er sagt: »Immermehr wird es offenbar, daß die Eigenart des Individuums dafür bestimmend ist, wieweit die äußeren Schädigungen einzuwirken vermögen«. Dazu stimmt auch die von Kraeplin gefundene Zahl von 30% prädisponierten unter 400 Fällen von Psychosen. Es wäre sonst doch auch wirklich nicht zu verstehen, wie alle die als Ursache für den Ausbruch einer postoperativen Psychose aufgeführten Schädlichkeiten, die doch ungezählte Menschen treffen, so selten zu einer Erkrankung führen, wenn eben nicht eine besondere Prädisposition vorhanden sein müßte.

Die Heredität spielt hier wie bei den anderen Psychosen keine erhebliche Rolle. Wie Siemerling bei der puerperalen Amentia mehr Fälle ohne jede erbliche Belastung fand, so läßt sich auch bei postoperativen Psychosen nur selten eine erbliche Belastung feststellen.

Mit einigen Worten möchte ich noch auf die Ursachen der nach Operationen an den weiblichen Genitalien entstehenden Psychosen eingehen. Einzelne Autoren, wie auch Kleist, sind der Ansicht, daß diese Psychosen, soweit bei der Operation auch die Kastration erfolgte, aus der Gruppe der eigentlichen postoperativen Psychosen ausscheiden, da hier sicher die Kastration das bei weitem ausschlaggebendere Moment ist. Sind doch auch geistige Störungen schon im Beginn des Klimakteriums nichts Seltenes, wenn sie auch nicht häufig das volle Bild einer Psychose darbieten.

So mannigfaltig die Ursachen sind, die bei der Entstehung einer postoperativen Psychose zusammenwirken, so wechselnd sind auch die Bilder, die sie darbieten. Sie alle lassen sich jedoch unter den Begriff des akuten halluzinatorischen Irreseins, der Amentia, zusammenfassen. Ein klares Bild dieser Erkrankungen gibt uns Runge ‹Generationspsychosen des Weibes›. Er versteht unter Amentia ein Krankheitsbild, »bei dem auf

dem Boden — sei es nun der Infektion oder Intoxikation, sei es der körperlichen und seelischen Erschöpfung, nach einigen Prodromalsymptomen ziemlich akut eine mehr oder minder schwere Bewußtseinsstörung entsteht, mit Desorientiertheit, Ratlosigkeit, evtl. auch deutlich nachweisbarer Incohäerenz, mit zahlreichen Sinnestäuschungen auf allen Gebieten und wechselnden Wahnideen, mit motorischen Erscheinungen mannigfacher Art, mit allmählich, nach kürzerer oder längerer Zeit auftretender Aufhellung, in der sich eine deutliche Herabsetzung der Merkfähigkeit bemerkbar macht, auch mit weitgehenden Remissionen im Beginn, mit schließlicher völliger Heilung oder durch intercurrente Erkrankung erfolgten Tod«.

Von dem Auftreten einer manischen Erregung und dem Vorkommen katatonischer Zustände erwähnt er nichts. Kraeplin u. a. sind auch der Meinung, daß das Auftreten dieser Erscheinungen gegen eine Amentia sprechen. Demgegenüber ist jedoch von Strohmeyer und Bonhöffer das Vorkommen ausgesprochen katatoner Erscheinungen auch bei Amentia nachgewiesen worden. Auch Kleist beschreibt in mehreren Fällen ausgesprochen katatonische Symptome und gleichfalls Siemerling führt unter den Erscheinungen der Amentia die Flexibilitas cerea, stereotype Haltungen und Bewegungen, Mutismus und Negativismus — ausgesprochen katatone Erscheinungen — an.

Es ist von Kleist versucht worden, die verschiedenen Erscheinungsweisen der Amentia, je nach dem Ueberwiegen der einzelnen Symptome als Untergruppen der Amentia zu trennen. So unterscheidet er Fälle, in denen vorwiegend Benommenheit, delirante Zustände, ängstlich ratlose Erregung, Stupor hypergenetische Erregung und paranoide Symptome besonders deutlich zu Tage treten. Eine einigermaßen deutliche Trennung läßt sich m. E. jedoch kaum durchführen, und ich kann mich der Ansicht Kleists, daß die Psychosen in einem bestimmten Symptomen-Komplex verlaufen sollen, nicht anschließen. Zum mindesten muß zugegeben werden, daß sich in einem bestimmten Ablauf andere intercurrente Zustandsbilder einschieben, wie z. B. auch in dem weiter unten von mir beschriebenen Falle sich stuporöse Zustände in den mehr unter dem Bilde der ängstlich ratlosen Erregung verlaufenden Ablauf einschieben.

Dem Beginn pflegen im allgemeinen leichte oder schwere Prodomalsymptome vorauszugehen. Es sind Beschwerden

körperlicher Art, sowie Stimmungsschwankungen, allgemeine Gereiztheit, Gefühle der Angst und Schlaflosigkeit.

Selten bricht die Psychose unmittelbar nach der Operation aus. Im Allgemeinen verstreichen Stunden bis zu mehreren Tagen bis zum plötzlichen Ausbruch.

Die Dauer wechselt stark. Neben Fällen die nur einige Stunden dauerten, werden Fälle von einer Ausdehnung bis zu 12 Wochen ‹siehe auch den im weiteren beschriebenen Fall› erwähnt.

Die Prognose an sich ist nicht ungünstig. Unter den von Kleist beschriebenen Fällen endigen allerdings nicht weniger wie 4 letal. Jedoch ist dieser Ausgang wohl bei weitem der schweren Grundkrankheit zuzuschieben. ‹1 Ulkus ventr., 2 rectumcarzinome, 1 prostatektomie›.

Im folgenden will ich den mir von Herrn Geheimrat Siemerling freundlichst zur Verfügung gestellten Fall einer näheren Betrachtung unterziehen.

Es handelt sich um die Ehefrau Maria M. aus S., 31 Jahre alt.

Aus der Familienanamnäse sei erwähnt, daß die Mutter der M. an einer Melancholie gelitten hat, die einen Aufenthalt in der Irrenanstalt in Schleswig notwendig machte. Die Patientin ist seit 1904 verheiratet, hat 4 Kinder, kein Abort.

Ueber das Grundleiden, das zur Operation führte, sowie über den Beginn der Psychose berichtet der behandelnde Arzt, Dr. H., folgendermaßen:

Die Ehefrau des Hufners Otto M. aus S., geb. am 5. 11. 85 erkrankte am 31. Januar des Jahres 1916 an Schmerzen in der rechten Unterbauchseite ‹Blinddarmentzündung›. Bei der ersten Untersuchung fiel schon eine gewisse Verschlossenheit auf, sodaß sie auf Fragen nicht antwortete. Am Morgen des 1. Februars machte ich die Appendektomie, in der Spitze der Appendix fand sich ein frisches Ulkus. Am 2. und 3. Februar trat eine sichtliche geistige Aufhellung ein. In der Nacht vom 4.—5. Februar wurde sie plötzlich unruhig, wollte aus dem Bett springen, fing an mit Selbstanklagen ‹sie habe alle Leute betrogen›, legte sich die Klingelschnur um den Hals, wollte aus dem Fenster springen. — Ergänzend wird noch aus der Klinik berichtet: »soll im Krankenhaus bereits »unklar« angekommen sein, wußte ihren Namen nicht, sprach äußerst

wenig, war unruhig, fiel aus dem Bett, zog sich in der letzten Nacht ganz an, gab nicht Auskunft, was sie vorhabe. Glaubte, alle Schwestern seien Männer, außer ihr seien noch viele andere Menschen im Zimmer, habe wahrscheinlich Visionen gehabt, keine Stimmen gehört. Spukte Essen aus«.

Vor ca. 8 Tagen wurde Köchin unerwartet im Krankenhaus zurückbehalten wegen eiterndem Finger. Pat. wartete 3 Tage auf die Rückkehr ohne Nachricht zu bekommen, soll darüber unruhig geworden sein. Sonst in der letzten Zeit zu Hause nichts von Wesensänderung bemerkt.

Der weitere Krankenbericht lautet: 5. 2. 16. »wird abends im Sanitätswagen als Aufnahme gebracht, auf der Bahre zur Abteilung getragen, Wachsaal.

Temperatur 38 Grad.

Beim Auskleiden widerstrebend, hält die Kleidungstücke fest, liegt mit geschlossenen Augen da. Wird bald sehr unruhig, versucht aus dem Bett zu kommen, widerstrebt sehr beim Zurückbringen, ruft: »Otto, Martha, Emma, ich hab doch nichts verbrochen«. Schläft nach Injektion 1 M. 1 D. nur eine Viertelstunde, dann wieder sehr laut, tobt und schreit. Wird nach Baracke drei verlegt. Hier in dauernder ängstlicher Unruhe, muß festgehalten werden. 6. 2. 16: Morgens dauernd unruhig, nicht im Bett zu halten, angsterfüllter Gesichtsausdruck, läuft an die Tür, müsse heraus, müsse sterben. Versucht sich mit einem Taschentuch den Hals zuzuschnüren. Erhält eine trockene Packung, liegt einige Stunden stiller, trinkt etwas Milch mit Ei unter heftig gellenden Schreien. 7. 2. 16: In der Nacht sehr unruhig und laut, fast garnicht geschlafen, dauernd aus dem Bett. Nach Injektion 1 M. 1 D etwas ruhiger.

15. 2. 16: Seit einigen Tagen im Wachsaal. Ruhig, schläft viel, benimmt sich geordnet. Spricht aber wenig, ist sehr zurückhaltender Stimmung, noch etwas deprimiert. Erinnere nicht, wie sie hierhergekommen, glaube, sie sei schon lange hier ‹viele Wochen›, der Krieg müßte wohl inzwischen zu Ende sein. Oertlich: Ich weiß es nicht, sie sagen ja, es wäre Kiel. Haus: Krankenhaus, Nervenklinik. Zeit: Es ist wohl Sommer. Jahr richtig angegeben. Erinnert sich daran, daß sie sich wegen des Fortbleibens ihres Mädchens

sehr aufgeregt habe, daß sie bald darauf wegen einer Blinddarmentzündung habe operiert werden sollen. Jetzt sei sie wohl schon operiert. Fragte dann nach dem Ergehen von Mann und Kindern.

Somatisch:

Graciler Knochenbau, leidlicher Ernährungszustand. Gesunde Hautfarbe.

Schädel nicht empfindlich.

Pupillen mittelweit, rechts weiter als links, rund.

Reflex auf Licht beiderseits vorhanden.

Reaktion auf Einwärtssehen links vorhanden, rechts nicht deutlich. Augenbewegungen wegen leichter Benommenheit nicht zu prüfen. Beim Blick nach oben weicht der rechte Bulbus nach außen ab, bei der Convergenzbewegung ebenfalls.

Gesicht symmetrisch.

Zunge gerade hervorgestreckt, ruhig, etwas belegt.

Gaumenbögen gleichmäßig gehoben.

Sprache ohne Besonderheiten.

Mechanische Muskelerregbarkeit und vasomotorisches Nachröten ohne Besonderheiten.

Mobilität der Arme frei. Reflexe der oberen Extremitäten beiderseits vorhanden.

Kniephänomene und Achillesreflex vorhanden. Zehen plantar.

Romberg: geringes Schwanken bei Fuß-Augenschluß.

Sensibilität ohne Besonderheit.

Puls 112, regelmäßig. Herztöne rein, Pulm. ohne Besonderheiten.

Abdomen: gut verheilte, nicht empfindliche Narbe einer Blinddarmoperation. Druckempfindlichkeit der Leber und Gallenblase. Ueberall Tympanie, nirgends eine Resistenz.

2. 3. 16: Aengstlich verstimmt, weint häufig, flüsternde Sprache. Versündigungsideen, da sie immer wieder ihre Unschuld beteuert. Rastlosigkeit.

Ißt wenig, klagt manchmal über Schmerzen in der Gegend der Appendizitisnarbe, zeitweise aber auch im Epigastrium.

20. 3. 16: Immer noch ängstlich, halluniziert offenbar stark, fragt: Was haben Sie mit mir vor? Liegt noch meist zu Bett.

7. 4. 16: Abends ganz plötzlich laut, erregt, schimpft: »Gehen Sie weg, scheren Sie sich zum Teufel!« Schwerbesinnlich. Verlegt nach Baracke III.

18. 4. 16: Zeitweise ängstlich, halluziniert stark; Mann und Kinder seien tot, wisse nicht, was sie anfangen solle, läuft dauernd aus dem Bett; drängt zeitweise an die Türen, wolle auf den Boden, um sich aufzuhängen; bittet um Gift, weint viel.

24. 4. 16: Stark gehemmt, kaum zu sprachlichen Aeußerungen zu bewegen. Essen muß löffelweise gereicht werden, schläft nach Mitteln gut.

29. 4. 16: Fragt viel und ängstlich nach ihrem Manne, wenn er noch lebe; wolle sie nach Hause. Halluziniert; hört alles Mögliche durch das Telephon sprechen. Zeitweise widerstrebend, stark gehemmt. Gegen ärztlichen Rat vom Mann abgeholt. Gebessert entlassen.« — —

Es handelt sich also im vorliegendem Falle um eine nach einer Blinddarmentzündung bei einer körperlich gesunden Frau von 31 Jahren auftretende geistige Störung. Wie schon erwähnt, ergibt die Familienanamnäse, nach der die Mutter der Patientin an einer Melancholie litt, eine erbliche Belastung. Wie jedoch bereits weiter vorher erwähnt, kann darauf kein besonderer Wert als äthiologisches Moment gelegt werden. Gewiß wäre es möglich, daß, wenn sich auch nicht gerade eine Melancholie zu vererben brauchte, so doch eine Veranlagung zu geistigen Erkrankungen überhaupt, eine psychopatische Prädisposition, sich vererbt hätte. Indessen zeigen die zahlreichen ohne jede erbliche Belastung auftretenden Fälle, daß man kein allzugroßes Gewicht auf die Vererbung beim Vorhandensein einer psychopathischen Disposition legen darf.

Schwer zu deuten sind die bereits vor der Operation auftretenden Erscheinungen. Nach Angabe des Arztes zeigte sich eine gewisse »Verschlossenheit«, sodaß sie auf Fragen nicht antwortete. Man wäre fast versucht, hier bereits den Beginn einer geistigen Erkrankung erkennen zu wollen. Man könnte an eine leichte, ganz kurz dauernde, Infektionspsychose denken, denn wenn auch nach dem Operationsbefund die Infektion eine geringfügige war, so wissen wir ja, daß Stärke der Infektion und Schwere des Krankheitsbildes nicht parallel zu verlaufen brauchen. Dann wären die am 2. und 3. Februar auftretende Aufhellung als Remission in dem sich dann am 4. wieder akut steigernden Krankheitsbild aufzufassen. Die Operation käme dann höchstens als verschlimmerndes Moment

in Frage. Ich bin jedoch mehr der Ansicht, daß die vor der Operation bemerkte Verschlossenheit eher im Sinne einer seelischen Verstimmung zu deuten ist, die durch Sorge vor der Operation und die durch die unerwartete Zurückhaltung des Mädchens im Krankenhaus entstandene Unruhe hervorgerufen wurde. Auffällig bleibt allerdings, daß am 24. 4. ähnliche Hemmungszustände wie vor der Operation beobachtet werden.

Weit stärkere, bereits vor der Operation sich einstellende Erscheinungen, beschreibt übrigens Hautsch in einem Fall geistiger Erkrankung ‹postoperative Psychose nach Abort›. Er rechnet jedoch auch diesen Fall noch zu den postoperativen Psychosen. Hier kann man allerdings doch sehr zweifelhaft sein, ob die Operation als ursächliches Moment überhaupt noch in Frage kommt. Er gibt an, daß die Patientin »nicht mehr wagte allein zu bleiben, daß sie in so große Furcht geriet, daß sie ihren Mann aufforderte, den Scharfrichter aus Hamburg zu holen, das sei ihre Rettung«. Hier scheinen doch Zweifel berechtigt, ob der Fall nicht eher in die Gruppe der Generationspsychosen der Frau einzureihen wäre.

Der zeitliche Beginn der vorliegenden Psychosen entspricht etwa dem Durchschnitt des Beginnes bei den mir bekannten Fällen. — Als Ursache für den Ausbruch der Erkrankungen kommen auch hier mehrere Momente in Frage. Der körperlichen Erschöpfung, der ich sonst im allgemeinen ein großes Gewicht beimessen möchte, kommt bei diesem Fall anscheinend keine große Bedeutung zu. Der somatische Bericht bezeichnet den Ernährungszustand als leidlich. Eine erschöpfende Erkrankung, die auf eine Sensibilisierung hindeuten könnte, ist nicht vorhergegangen. Patientin ist akut erkrankt. Auch der durch die Operation bedingte Blutverlust kann nur geringfügig gewesen sein, zumal es sich nach Angabe des Arztes der Irrenanstalt um eine einfache und ungefährliche Operation gehandelt hat.

Für eine präoperative Angst als Ursache für die Psychose ist der Ausbruch zu spät.

Bei der Erwähnung der Intoxikation als Ursache mag darauf hingewiesen sein, daß die Patientin während der Zeit der Erkrankung dauernd an einer hartnäckigen Verstopfung litt. Sie bekam die ganze Zeit wöchentlich mindestens zweimal

einen Einlauf oder ein Abführmittel. Dieser Art der Autointoxikation durch hartnäckige Stuhlverhaltung schreibt Piltz Bedeutung zu. Wie sehr dieses Leiden auf die Stimmung bei sonst gesunden Personen wirken kann, ist bekannt. So wäre es möglich, daß auch in diesem Fall die hartnäckige Verstopfung zur Verlängerung des psychischen Leidens beigetragen hätte.

Wenn alle angeführten Ursachen auch zum Ausbruch der Erkrankung beigetragen haben mögen, die eine mehr, die andere weniger, so sehe ich doch, wie in den andern mir bekannten Fällen, so auch in dem vorliegenden, die Prädisposition für ausschlaggebend als Ursache an. Die Operation an sich möchte ich als auslösendes Moment bezeichnen. Die Dauer der Erkrankung — 3 Monate bis zur Besserung — ist abnorm lang. Leider gelang es mir nicht, über das weitere Schicksal der Patientin näheres zu erfahren. Hingewiesen sei übrigens noch auf die in dem somatischen Befund angegebene Pupillendifferenz als körperliches Symptom einer nervösen Disposition.

Der in dem Krankenbericht wiedergegebene Verlauf der postoperativen Psychose zeigt uns das typische Bild des akuten halluzinatorischen Irrseins, der Amentia, als deren Grundzüge Siemerling »das plötzliche Einsetzen traumhafter Bewußtseinstrübungen mit Verwirrtheit, zahlreichen und sehr lebhaften, meist unzusammenhängenden, Halluzinationen, Veränderungen in der motorischen Sphäre, die sich als gesteigerter Bewegungsdrang und stuporöse Hemmungen darstellt«, anführt. Ratlos ängstliche Erregung und eine große motorische Unruhe sind die Symptome, auf die wir im vorliegenden Fall dauernd stoßen. Mit angsterfülltem Gesichtsausdruck springt sie aus dem Bett. In ihren Versündigungsideen glaubt sie sterben zu müssen. Ihre Erregung steigert sich bis zu Selbstmordversuchen! Mehrmals bittet sie um Gift, um ihrem Leben ein Ende zu machen. Dauernd muß sie im Bett gehalten werden, drängt nach der Tür und will fort. Oertlich und zeitlich ist sie unorientiert, nach einer Woche tritt eine Remission ein, sie benimmt sich geordneter, wird ruhig und zurückhaltend, über die ersten Tage ihrer Erkrankung ist sie völlig unorientiert, während die Ereignisse vor der Operation in ihrem Gedächtnis haften geblieben sind. Etwa 14 Tage

hält die Besserung an, um dann wieder starker Erregung, Halluzinationen und Versündigungsideen Platz zu machen. Wieder vergehen einige Wochen und die Krankheit geht in ein mit katatonen Zügen ausgestattetes Stadium über. Stark gehemmt ist sie kaum zu sprachlichen Aeußerungen zu bewegen. Neben starken Halluzinationen treten Akoasmen auf, sie hört alles mögliche durchs Telephon sprechen.

Kurz zusammengefaßt handelt es sich also um eine ängstlich ratlose Erregung mit Halluzinationen, starker motorischer Unruhe und vereinzelt auftretenden stuporösen Zuständen.

Wie im einzelnen die das Grundbild komplizierenden krankhaften Erscheinungen in ihrer Entstehung zu deuten sind, ist noch nicht klar. »Am nächsten liegt es«, sagt Siemerling, »diese auf den psychischen Erregungszustand der akut einsetzenden Geistesstörung zurückzuführen und anzunehmen, daß dieser die motorischen Zentralapparate hemmend oder reißend beeinflußt«.

Zum Schluß möchte ich noch Herrn Geheimrat Dr. Siemerling für die Ueberlassung des Falles und die mir zu Teil gewordene Unterstützung meinen ergebensten Dank aussprechen.

Literatur.

1. Berger: Ueber einen Fall von akuter Psychose nach Kataraktoperation. I. D. Kiel 1905.
2. Bertheau: Beitrag zur Lehre von der postoperativen Psychose. I. D. Kiel 1919.
3. Billich: Psychose nach einer Halsphlegmone. I. D. Kiel 1912.
4. Binswanger u. Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie.
5. Bonnhöffer: Die Psychosen. Handbuch der Psychiatrie.
6. David: Beitrag zur Lehre von den postoperativen Psychosen. I. D. Kiel 1905.
7. Hautsch: Beitrag zur Lehre von den postoperativen Psychosen. I. D. Kiel 1917.
8. Kleist: Postoperative Psychosen.
9. Kraeplin, Emil: Ueber den Einfluß akuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten. Archiv für Psychiatrie Band 11 und 12.
10. Lohr: Ein Fall von akuter Psychose nach Veronalgebrauch, Zeitschrift für Psychiatrie.
11. Mathaei: Ueber zwei Fälle von akuter Psychose im Anschluß an Operationen. I. D. Kiel 1917.
12. Meyer: Die Ursache der Geisteskrankheiten.
13. Runge: Generationspsychosen des Weibes.
14. Strömer: Beitrag zur Lehre von den postoperativen Psychosen. I. D. Kiel 1911.

Lebenslauf.

Am 23. Oktober 1890 wurde ich als Sohn des Postverwalters William von Fischer-Benzon in Bordesholm geboren. Ich besuchte das Gymnasium zu Kiel und bestand dort im Jahre 1910 die Reifeprüfung.

In Jena, Kiel und Freiburg lag ich dem Studium der Medizin ob und machte im Jahre 1912 in Kiel mein Physikum.

Am 6. August 1914 meldete ich mich als Kriegsfreiwilliger und wurde in Altona bis zum 15. Oktober mit der Waffe ausgebildet und rückte als Unterarzt ins Feld. Während des ganzen Krieges war ich, mit Ausnahme von 3 Monaten bei einem Feldlazarett, bei der Truppe als Arzt tätig. 1916 wurde ich zur Beendigung meines Studiums nach Kiel beurlaubt und bestand hier im September 1916 mein Staatsexamen.

Nach Abschluß des Waffenstillstandes war ich in Neumünster als Militärarzt tätig. Seit meiner am 1. März erfolgten Entlassung arbeite ich am städtischen Krankenhaus in Neumünster.